UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unité d'Enseignement et de Recherche des Sciences Médicales

Année 1971 - Thèse nº 141

LA FAMILLE ET SON " FOU "

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 30 JUIN 1971

par Jany MICHEL

née le 7 Janvier 1941 à ARCACHON (Gironde)
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Examinateurs de la Thèse :

MM.	M. BLANC,	*Professeur*	Président
	H. POUYANNE,	*Professeur*	Juges
	M. SERISE,	*Professeur*	
	P. LOISEAU,	*Professeur*	

DIMATEP - COPY SERVICE
6, Cours Aristice-Briand, 6
33 - BORDEAUX
Téléphone : 92.27.29

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543911_0050

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unité d'Enseignement et de Recherche des Sciences Médicales

Année 1971 - Thèse nº 141

LA FAMILLE ET SON " FOU "

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 30 JUIN 1971

par Jany MICHEL

née le 7 Janvier 1941 à ARCACHON (Gironde)
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Examinateurs de la Thèse :

MM.	M. BLANC,	*Professeur*	**Président**
	H. POUYANNE,	*Professeur*	**Juges**
	M. SERISE,	*Professeur*	
	P. LOISEAU,	*Professeur*	

DIMATEP - COPY SERVICE
6, Cours Aristide-Briand, 6
33 - BORDEAUX
Téléphone : 92.27.29

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A TOUS CEUX QUI PAR LEUR AFFECTION

LEUR AMITIE OU LEUR SOUTIEN

M'ONT PERMIS DE MENER A BIEN CE TRAVAIL

A L'EQUIPE SOIGNANTE

POUR SON AMICALE COLLABORATION

ET SON DEVOUEMENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. de BOUCAUD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Chef de Service Château Picon Bordeaux

Vous nous avez accueilli dans votre Service et permis de bénéficier de votre enseignement clinique et de votre savoir

Vous nous avez appris à écouter et à respecter le malade

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère et très respectueuse gratitude

A MONSIEUR LE DOCTEUR D. de BOUCAUD

Chef de Clinique

Nous vous devons le sujet de cette thèse

Nous vous remercions de nous avoir toujours accueilli avec bienveillance

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LOISEAU
Professeur sans Chaire de Neuro-psychiatrie
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. POUYANNE
Professeur de Clinique Neuro-chirurgicale
Neuro-chirurgien des Hôpitaux Chef de Service
Chevalier des Palmes Académiques

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. SERISE
Professeur sans Chaire (Hygiène)
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre 1931-1945
Chevalier des Palmes Académiques
Chevalier de la Santé Publique
Officier de l'Ordre du Mérite

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter de juger ce travail

Hommage respectueux

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BLANC

Professeur sans Chaire (Neuro-psychiatrie)

Médecin des Hôpitaux Chef de Service

Directeur des Etudes de la Section de Psychopathologie (Institut Psychologique)

Chevalier des Palmes Académiques

Licencié ès-Lettres

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter de présider cette thèse

Nous avons suivi avec un très grand intérêt votre séminaire de Phénoménologie et nous vous remercions de nous avoir aidé à mieux comprendre le malade

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère et très respectueuse gratitude

I

LA FAMILLE ET SON *"FOU"*

"Pour lui, je ne vois plus d'espoir, plus de solution car "je n'y comprends plus rien".

"KARL JASPERS" (STRINDBERG et VAN GOGH)

Nous avons été étonnés par les motifs que donnent les familles lors de l'hospitalisation d'un malade mental, en particulier psychotique. Ce sont toujours des motifs impérieux, brusques, qui ne peuvent pas faire différer le transfert du patient dans un Service spécialisé. La famille apparait alors comme un groupe menacé par la maladie, groupe que nous devons secourir immédiatement. Son comportement apparait parfois si agité, que l'élément malade se montre l'élément le plus "normal". Que s'est-il passé pour qu'un tel groupe, uni par des liens affectifs et biologiques, rejette un de ses membres comme s'il était devenu subitement étranger à son système relationnel ; si éloigné des normes familiales que le groupe n'arrive même pas à décrire correctement l'évènement dans l'immédiat.

Nous percevons lors de l'admission une grande inquiétude qui ne se rapporte pas au malade lui-même mais au groupe par rapport aux autres. La famille semble subitement marquée par le "sort" ; elle se sent plus visible au regard d'autrui et a hâte d'isoler cet élément "malade de l'esprit" pour se dissimuler, s'uniformiser. La précipitation avec laquelle les familles laissent leur malade est parfois très significative.

Le patient nous est présenté comme l'élément qui avait appartenu à la famille mais qui avait rompu assez brutalement l'harmonie interne du groupe, entraînant l'insécurité, la perte de son intégrité et l'insatisfaction individuelle. Il est désigné comme étant devenu la "manifestation X" ne pouvant plus puiser les éléments relationnels dans son milieu donc nécessitant des soins extérieurs à "la famille". Cela ne peut plus la concerner ; elle désire que nous ne la faisions plus participer à la maladie. Pourtant l'étude du malade mental ne peut pas se concevoir comme étant l'étude de tel syndrome, mais comme étant l'individu appartenant à tel groupe, et se manifestant à nous à travers tel syndrome. La compréhension de sa relation avec autrui, ne peut se faire, que si nous possédons quelques éléments des inter-relations familiales. L'observation du comportement familial, apparait indispensable à la compréhension de l'attitude du malade à travers sa maladie.

Il nous est apparu intéressant d'étudier les réaction de la famille face à la maladie mentale d'un de ses membres, en particulier les relations : famille-malade et malade-famille ; au moment de l'apparition des premiers troubles, de l'accès psychotique et après la ou les hospitalisations.

Notre Plan de Travail a été celui-ci après un bref rappel, historique et de la littérature, nous avons exposé quelques cas de famille pour illustrer une discussion sur ces caractéristiques relationnelles.

HISTORIQUE

Classiquement le "fou" était considéré comme une entité nosologique, bien isolé de son milieu familial, qui le confiait à l'hôpital. Il devenait alors "la maladie mentale X". Les facteurs d'environnement familial étaient considérés comme très superficiels ainsi que la pertubation qu'avait entraîné au sein de la famille la pathologie du patient.

Cependant le peu de contact qu'avaient les familles avec le milieu psychiatrique laissait quand même entrevoir des comportements et une relation avec le malade assez caractéristiques. Très tôt les Auteurs donnèrent des descriptions de ces familles, LEGRAND du SAULLE : *"Tout observateur sérieux remarquera chez les parents des "aliénés de très fréquentes singularités, on les voit par "exemple se livrer à de fausses appréciations sur les "faits les moins discutables, excuser toutes les défail- "lances de la raison ou justifier des actes délirants de la "plus accablante évidence. Ils sont soupçonneux, défiants "mobiles, insaisissables et donnent volontiers des démen- "tis".* En I859, J. MOREAU de TOURS : *"Ce qui doit en*

"particulier fixer notre attention c'est l'opinion "qu'ils se forment de l'état mental du sujet qu'ils "présentent ... Il est très difficile de reconnaî- "tre dans autrui des erreurs dont on porte le germe, "des anomalies de l'entendement auxquelles nous som- "mes nous-mêmes assujettis sous quelque rapport".

D'autres Auteurs insistèrent plus particulièrement sur l'influence directe de la famille sur le trouble pathologique du patient (GRIESINGER en I865) ; IDELER : *"Je crois qu'il y a des cas de fo- "lie dite héréditaire qui sont dus non pas à la trans- "mission d'une disposition organique, mais bien à ce "que certains singularités, certaines bizarreries li- "mitées d'abord au caractère, envahissent plus tard "l'intelligence elle-même, l'enfant ayant constamment "sous les yeux l'exemple d'une conduite bizarre, de "certaines excentricités, d'une certaine perversion "dans les idées, exemple qui empêche le développement "régulier de son intelligence en harmonie avec le "monde extérieur ...".*

Les parents "d'aliénés" étaient pour ces Auteurs à la limite de la pathologie très affectés par la maladie d'un des leurs *"des êtres situés dans "la zone mitoyenne entre la raison et la folie"* écrivait MAUDSLY.

Les relations familiales furent aussi étudiées dans la description du délire à deux (FALRET, LASSEGUE) et des folies collectives.

Plus récemment sous l'influence des données psychanalitiques l'étude du milieu familial devint

très important, en particulier les relations parents-enfants. Des études systématiques de familles de schizophrenes ont été entreprises pour reconstituer le cadre familial dans lequel le patient a vécu avant l'éclosion de la psychose. (BOWEN WYNNE, BATESON ...). Ces recherches portent surtout sur la détermination d'une familiogénèse de la schizophrénie.

Nous avons essayé de retrouver dans la littérature psychiatrique des vingt dernières années des Articles traitant plus particulièrement des relations familiales face à la maladie mentale.

En I95I le problème sociologique du malade mental fut abordé par KURT BLUMENTAL (Hygiene mentale, I95I).

Dans cet Article l'Auteur aborde le problème de la nécessité de l'internement du malade mental en fonction des raisons cliniques et sociales. Pour cela l'Auteur examine la position sociologique du malade en essayant de dégager les réactions de l'entourage face à la maladie, en particulier face aux comportements psychotiques. Des réactions de défense les plus variées vont s'observer allant de "la négligence à l'abandon le plus inhumain aux formes les plus extrêmes du dévouement jusqu'à l'abnégation du vrai martyr, voire du masochisme ..." ; parfois par solidarité avec le malade la famille va se réorganiser en fonction de la folie, sorte d'induction du malade sur sa famille appelée par l'Auteur "séquestration dans le cadre d'une unité sociale". La famille peut s'opposer aux observations phénomènes pathologiques que la conduite du malade l'oblige à faire. Le malade est caché au sein de la famille entraînant la pertubation de l'harmonie familiale et parfois l'éloignement de certains de ses membres. Pour l'Auteur de telles réactions se voient car les familles redoutent l'hospitalisation en milieu psychiatrique, malheureusement une telle position peut aboutir à la

destruction de la situation sociale du malade.

Tout ceci serait évité si, selon l'Auteur, l'hygiène mentale était mieux adaptée.

Les interactions famille-malade ont été étudiées par Henri DUCHENE dans sa Conférence "LE MALADE MENTAL ET SA FAMILLE" *(Extraits dans INFORMATION PSYCHIATRIQUE - Septembre 1966, p. 573).*

Les interactions entre le malade et sa famille seraient dominées par deux éléments :

- le tabou qui pèse sur la maladie mentale
- la réalité du drame dans lequel est jeté un être humain atteint dans son psychisme.

Par tabou, l'Auteur comprend l'ensemble des préjugés sur la maladie mentale d'une part, et sur les Hôpitaux Psychiatriques d'autre part. Cette notion varie selon le milieu culturel.

La maladie mentale serait vécue de façon d'autant plus dramatique par l'entourage, qu'elle se caractérise par "la dissolution de la personnalité d'un des membres de la famille lié non seulement affectivement mais aussi biologiquement avec les autres membres". Ceux-ci vivent l'évènement comme un danger

pour eux-mêmes et pour le groupe familial".

Selon l'Auteur il existerait "une réaction de défense affective dans l'entourage du malade qui se traduirait par une négation de la maladie". Cette négation pourrait s'exprimer de plusieurs façons :

- essai d'explication des troubles du patient par une cause autre que la maladie mentale (dysfonctionnement endocrinien, origine accidentelle, etc ...) avec refus de consulter un Psychiatre car "il n'est tout de même pas fou".

- les différentes formes de séquestration à domicile : elle soustrait ce sujet qui risque de créér une réputation déplorable à l'ensemble de la famille. Autre variante, l'abandon progressif du malade à l'Hôpital, "elle peut alors essayer d'oublier cette présence gênante".

- autre conduite de négation : l'entourage tente de partager l'univers morbide du malade ; ceci peut aboutir à l'aliénation de l'entourage en même temps que du malade.

Pour Henri DUCHENE la réaction la plus importante de la famille à la maladie mentale serait une attitude de négation de la maladie mentale ; attitude induite par des notions de tabous sociaux et par la crainte de subir la même dégradation que l'élément malade du groupe familial.

Dans leur Article "Stages of Breokdown in the relation ship and dynamic Betwen the mental Patient and family", ROBERT, S. ALBERT, Ph. BOSTON décrivent trois étapes dans la dynamique relationnelle entre la malade et sa famille avant l'hospitalisation, celle-ci arrivant en fin de la troisième étape.

La première étape est dénommée "Patient - Family - Post and Present" :

"l'existence des conflits à l'intérieur du groupe familial sont connus de tous les éléments, mais la plupart sont encore résolus. Le futur malade est désigné comme élément responsable de l'augmentation de la tension dans les affects impliqués". Le comportement général du patient apparaît plus précisement comme agent d'une rupture naissante. Il est ainsi reconnu comme différent des autres membres de la famille. Il semble qu'à ce moment là, cette différence soit acceptée par tous et les problèmes qu'elle pose résolus par le système familial. C'est surtout devant l'incapacité de canaliser le comportement "incorrect" du moment psychotique du malade, et à cause du sentiment d'impuissance du groupe familial devant cet évènement, que les éléments nient de façon consciente ou inconsciente les difficultés antérieures.

La durée de cette étape va dépendre du pouvoir du patient à conserver de façon adéquate ses rôles ... mais ceci va se faire avec l'effort et avec l'aide des autres membres, car ces efforts pour maintenir le groupe familial ont pour but, selon les Auteurs, de :

I°/ = "rétablir l'équilibre à l'intérieur de la famille pour une meilleure intégration des "rôles" et des échanges affectifs réciproques"

2°/ = "rétablir le propre équilibre psychologique du pateint". Cependant les problèmes posés par le comportement "différent" du patient ne sont pas toujours "compris" (en fonction du système familial et non en fonction du patient : de ce qu'il veut dire ou de ce qu'il est, il est considéré selon ses actes ...).

L'effort de "rééquilibration" est de ce fait "erroné" ce qui va entraîner des interactions "normales". L'anxiété apparaitrait dans le groupe familial, conduisant les individus à prendre des attitudes de défense, rigides, stéréotypés, réduisant leurs interactions, et augmentant ainsi la tension à l'intérieur du groupe. Le conflit est concrétisé en la personne du patient, alors que toute la dynamique relationnelle familiale est perturbée, il n'y a pas encore rupture avec le patient.

La deuxième étape est dénommée : "Patient Family. Dislocation and disengagement".

Cette étape est caractérisée par le sentiment d'impuissance du groupe familial face au problème posé par l'élément "malade". "Ceci arrive bien que leur propre com-

portement et l'insatisfaction aient démontré depuis longtemps que les vieilles valeurs familiales, les normes, les rôles des "exemples" ne sont plus capables de régler le problème actuel". Il existe alors dans la famille un sentiment de confusion, de désorientation. Selon ces Auteurs les éléments de la famille pourraient réagir à cette situation selon une des trois voies suivantes. Le choix de ces voies dépendrait de leur personnalité propre et du problème posé à eux personnellement, mais ils choisissent la même voie, car ne pas suivre la même voie serait augmenter la confusion et le conflit.

- *Ière VOIE ou "ENFER TIEDE"*

Les participants se résignent à cette situation "bien qu'elle ne soit pas désirée ni clairement comprise". Il n'y a aucune attitude de compréhension, vis à vis du malade et même vis à vis de chacun des éléments du groupe familial. Le comportement affectif de chacun est diminué, sorte de retraite, de "cachette" de la part de chacun vis à vis du malade et aussi vis à vis des autres ... (car peur d'un ultérieur désappointement avec un autre membre de la famille).

= *2éme VOIE*

Celle-ci est caractérisée par une attitude agressive, contraignante de la part des éléments forts de la famille sur le malade. Ceci sans aucun égard pour les inhibitions défensives de la part du patient. Ces attitudes seraient basées sur l'idée que se font

les membres de la famille sur la maladie. Pour eux c'est volontaire, c'est une manoeuvre consciente de la part du malade. En fait pour ces Auteurs ce comportement agressif caractériserait un rejet, une accusation, la peur du désappointement et de la frustation.

- *3éme VOIE*

serait une sorte de démission de la part des membres de la famille vis à vis du conflit ; soit par "retraite" pure de ceux-ci, soit par refuge dans une pathologie mentale psychosomatique par exemple. La famille ne joue plus son "rôle" de régulateur des conflits.

Quelle que soit la voie utilisée par les membres de la famille, ceux-ci deviennent rapidement "accablés" sans secours, agressifs vis à vis d'eux-mêmes et des autres. Les participants voient à ce moment là situation sans espoir.

Pour ces Auteurs c'est à cette étape que l'on rencontre des tentatives "un peu de dernière chance" comme le divorce, le mariage, le suicide ...

Tout ceci entraîne une aggravation de la rupture avec le malade, celui-ci va perdre tout contact avec la réalité.

La troisième étape : "Patient family separation and patient Isolation".

C'est le moment de l'épisode psychotique. Le pa-

tient est reconnu malade par toute la famille "il est désigné par les autres comme quelqu'un à qui on a le droit de sortir sa confiance, comme quelqu'un sans défense et qui doit être mis dans un "chemin vite tracé ... ; comme quelqu'un à qui les vieilles règles et normes ne peuvent plus être appliquées ; alors que le patient espère toujours jouer "son rôle" dans le milieu familial : la famille pense qu'elle ne pourra jamais plus faire quelque chose de satisfaisant pour lui.

A la fin de cette troisième étape "toutes les relations entre les membres de la famille avec le patient sont réduites à rien". La famille et le patient sont alors prêts et attendent son éloignement, en général par l'hospitalisation.

Une statistique portant sur 50 cas de familles de malades mentaux a été faite par COUDRAY J. - SERISE M. - FREOUR - DUPONT dans l'Article sur : "Les répercussions de la maladie mentale dans les familles ; Etudes psycho-sociologiques de 50 Cas".

Dans cet Article trois problèmes sont abordés :

- le mode d'entrée dans la maladie
- le devenir de la famille face à la maladie mentale
- organisation du groupe familial face à la maladie

- La moitié des familles pensent que la maladie a été brutale et que rien dans le comportement de l'élément ne laissait prévoir un tel évènement. Pour l'autre moitié la maladie ne serait que l'exagération de traits de caractère qui existaient avant.

La famille doute du caractère psychologique du trouble et essaie de restaurer l'équilibre antérieur. Certaines familles interprètent l'attitude du malade comme une attitude méchante à laquelle il faut montrer une certaine fermeté. Tout ceci n'aboutit qu'à la dégradation du climat

familial. L'hospitalisation se fait lorsque le comportement du patient devient intolérant pour la famille. Elle se pratique alors par l'intermédiaire du Médecin traitant.

- Réaction de la famille lors des retours du malade : le malade est considéré comme un être dont "le comportement est imprévisible". Dans 35 % des cas ce retour est vécu dans l'inquiétude. Dans certains cas il existe un "renoncement", la famille "rationalise son comportement en gardant l'idée de la maladie". Dans 48 % des cas le malade voit son rôle familial très réduit. Il est ainsi aliéné dans son milieu familial, il n'a qu'un rôle de spectateur. La famille va réduire ses contacts sociaux : "on ne peut plus avoir une vie normale"

- Réaction du groupe familial durant l'hospitalisation :

Le milieu familial, après plusieurs hospitalisation paraît souvent vouloir défendre un certain équilibre qui s'est recréé en l'absence du malade, la sortie met en danger les rôles sociaux que chacun des membres a assuré pendant l'hospitalisation et une certaine tranquilité d'esprit à laquelle le restant du groupe familial est attaché. Dans 64 % des cas la famille hésite à reprendre le malade.

- Organisation du groupe familial face à la maladie.

Il y aurait trois stades :

- Le premier stade qui correspond à l'apparition des premiers signes de la maladie et qui dure jusqu'à l'hospitalisation, se caractérise par :

. une difficulté pour le malade d'assurer ses rôles antérieurs

. une réaction familiale pour restaurer l'équilibre psychique du patient ; efforts qui sont inadaptés donc inefficaces ; efforts que le malade vit comme une incompréhension de la part du milieu, il va tendre à s'isoler. C'est ce que ALBERT appelle le "feed-back negatif".

La tolérance de l'entourage diminue devant l'échec des tentatives de rééquilibration du milieu familial. Le comportement du malade s'aggrave et l'hospitalisation est devenue indispensable.

La durée de cette étape dépend de la symptomatologie de la maladie, de la valeur des liens affectifs, de la personnalité des membres familiaux et du niveau culturel du groupe.

- Le second stade "adaptation à la maladie mentale".

La famille est alors consciente de la nature de la maladie. Durant les hospitalisations la famille rétablirait un équilibre sur le plan matériel ; l'équilibre sur le plan affectif serait plus difficile à obtenir. Nous avons déjà

cité la résistance que la famille montre à la sortie de l'Hôpital du malade ainsi que la diminution des rôles que la famille octroie au patient lorsque celui-ci essaie de reprendre son "statut" dans la famille.

- Troisième stade "celui d'un choix"

C'est-à-dire trouver une solution définitive aux problèmes posés depuis longtemps par la maladie.

Pour certaines familles une longue hospitalisation serait une solution, pour d'autres c'est la séparation

50 % des cas acceptent les rechutes

40 % souhaitent une longue hospitalisation

I0 % choississent la séparation

Plus particulièrement en Amérique, deux Auteurs GRAT et SAINBURY suivirent durant deux ans des familles de malades mentaux hospitalisés et des familles de malades soignés à domicile : "Action des malades sur leur famille dans un Service Psychiatrique de contrôle et de soins communautaires". J. GRAT et SAINBURY P.

Cet Article ne comporte qu'une étude statis-

tique comparative entre deux catégories de famille ; la première dépend d'une communauté de soins où les malades sont plus facilement hospitalisés, la deuxième fait partie d'une communauté où les soins extra-muros sont plus fréquents. Ces Auteurs comparent les problèmes posés par les malades dans ces deux catégories de familles sur une période de deux ans.

Les familles dont les malades étaient soignés à domicile étaient les plus affectées ; les troubles dont elles se plaignaient variaient de l'insomnie à l'irritabilité, des plaintes somatiques à la dépression. Les activités sociales de ces familles étaient réduites dans un tiers des cas, 20 % conservaient une activité routinière et un quart des familles avaient leur revenu réduit.

L'effet sur les enfants étaient plus difficile à déterminer car ils n'étaient pas vus ; cependant à la fin de la période de deux ans 40 % étaient affectés dans les familles où le malade restait

30 % dans les familles où le malade était hospitalisé.

Il semble que l'hospitalisation du membre familial malade protège mieux les enfants.

En conclusion : le malade mental soigné à domicile aurait une action plus pertubante sur la dynamique familiale, une action néfaste sur l'évolution des enfants, diminuerait la vie sociale du groupe qui aurait tendan e à se replier sur lui-même. Ceci peut être amélioré par la multiplication d'équipes soignantes à domicile. Il aurait été intéressant d'avoir l'évolution du malade traité ainsi

dans son milieu.

Un autre Article se consacre plus particulièrement à cet aspect de la question. C'est "Reflexions sur la rupture systématique des relations famille malade psychique" - POMME B. et GIRARD J. (A.M.P.).

Les Auteurs étudient deux cas où la rupture des relations familiales lors de l'hospitalisation a été nocive pour le malade, se traduisant par l'aggravation de la symptomatologie. Seul le retour dans le milieu familial a permis une amélioration. "Les résultats thérapeutiques ont été favorables sous l'action d'une psychothérapie en profondeur conduite très normalement sans éliminer les éléments qui sont à notre sens indispensables en cours du traitement, c'est-à-dire la propre famille de l'intéressé.

Au cours d'un Article portant plus spécialement sur les familles de schizophrènes, les Auteurs étudièrent les relations pré-maladie et post-maladie Scoth et Ashworth "Closure at the schizophrenie Breakdown".

Dans cet Article les Auteurs essaient de déterminer la nature et les conséquences d'un changement qui apparaît et s'installe au moment de la première manifestation de la maladie dans les relations familiales.

ERICKSON parla de "crise d'identité" pour désigner la crise qui conduit le sujet à la maladie.

LAING I96I, WYNNE, RYCHOFF, DAY parlèrent d'une expulsion totale de la famille d'un enfant dont les valeurs ne sont plus appropriées à celles du système familial ; ou encore, comme le résultat d'une attitude d'une mère éteignant toute tentative d'indépendance d'un enfant lié à elle d'une façon symbiotique.

Pour tous ces Auteurs il y aurait eu une rupture totale de la relation entre le patient et sa famille au départ de la maladie. Les Auteurs de l'Article insistent surtout sur la relation "de maladie" entre malade et famille. "Mais alors que les parents voient le patient comme anormal nous voyons la relation comme pathologique". Cette relation maladie fut appelée par SCOTH et ASHWORTH en I96I-I965 : "The shadow relation".

Cette relation maladie est caractérisée par "le phénomène de "closure" ou fermeture". Les Auteurs étudient la dynamique de cette fermeture. Un des parents présente un besoin d'attachement symbiotique, c'est le parent "concerné" ou impliqué ; parent qui aurait fait dans son passé l'expérience d'une grande insécurité existentielle. La relation qui s'établit entre ce parent et l'enfant est une relation dominée par l'anxiété ; la peur que quelque chose d'irrémédiable arrive. Dans un tel contexte les premiers signes "anormaux" dans le comportement de l'enfant sont considérés par les parents et en particulier par le parent concerné comme l'annonce d'un évènement catastrophique. A ce moment là le parent concerné ne risquera rien, ni dans un sens ni dans un autre. La fermeture se produit. La relation après la fermeture est la seule que

les familles présentent lorsque nous les voyons. Cette relation va s'organiser autour d'une structure que les Auteurs appellent : "déconnexion d'identité", c'est la relation maladie. "Déconnexion" : car le patient est perçu comme fou, au-delà de tout apport humain, "identité" : car la famille se comporte comme une sorte de miroir des besoins les plus minimes du malade. Le patient a perdu son identité personnelle ; il est en "dehors". Les parents sont alors persuadés que le sujet ne s'en remettra jamais. Cette relation résulte non seulement de la progression de la maladie mais de certains aspects de la personnalité du malade qui empêcheraient une certaine relation. A certains moments de leur étude sur les familles les Auteurs auraient perçu des ébauches de relation mais qui seraient suivies rapidement par une rupture. La relation revenait alors à une relation maladie. La maladie devient une "condition d'être".

"Le malade n'est pas considéré comme étant obscur et incompréhensif, et donc comme ayant besoin de compréhension mais comme fou "aliéné". Le sujet est condamné à non exister en dehors de la folie. La rupture serait aussi un moyen de défense qu'emploierait le parent concerné vis à vis de son angoisse "je suis, moi, normal". Les parents sont des esprits en désastre. L'interaction serait caractérisée par une série de ruptures dès qu'il y aurait possibilité de relation, qui serait ainsi étouffée avant qu'elle s'installe. Pour les parents le patient est définitivement "malsain". Les parents sont aussi terrifiés d'être les agents de destruction du malade ; ils nient toute participation et ne s'engage dans aucune relation. La relation post-maladie est caractérisée par le fait que "personne ne parle plus à personne". Il y a une sorte de paralysie

de la vie familiale. Il reste un système familial rituel centré sur la maladie.

EN CONCLUSION -

Les Auteurs insistent sur la dégradation des relations famille-malade, et sur le "Drame" que représente pour le groupe la survenue de "la folie". Tout ceci aboutissant à l'exclusion du malade par l'hospitalisation et à une restructuration des relations en fonction de cette nouvelle donnée.

M E T H O D O L O G I E

Dans le cadre de l'Hôpital Psychiatrique de Château Picon qui ne reçoit que des femmes nous avons choisi deux catégories de familles de psychotiques.

PREMIERE CATEGORIE : Familles dont l'élément psychotique

- a été récemment hospitalisé
- n'a subi auparavant aucun traitement psychiatrique
- vivait avant l'hospitalisation dans la famille

DEUXIEME CATEGORIE : Familles dont l'élément malade

- a été hospitalisé plusieurs fois
- revenait vivre entre les hospitalisations avec sa famille.

Nous avons essayé d'avoir plusieurs entretiens, avec les familles, avec chaque membre et avec plusieurs membres à la fois. Pour cela nous profitions des visites qu'elles effectuaient aux malades, ou nous les convoquions. Dans ce deuxième cas, nous nous sommes heurtés à beaucoup de difficultés.

- Aucune réponse à notre Convocation

- Difficulté d'avoir la famille réunie, ou tous les éléments séparés

- Une grande méfiance de la part des familles caractérisait les premiers entretiens

- Cette Convocation était ressentie par certaines familles comme un reproche de n'être pas venues spontanément nous parler du cas du patient.

- Les entretiens se déroulaient dans le cadre du Pavillon où vivait la malade ; pour quelques familles c'était une source de malaise, comme si, en dehors de leur cadre habituel, elles étaient plus vulnérables à l'atteinte de la folie qui avait déjà perturbé un des leurs.

Des questions comme celles-ci étaients assez fréquentes :

"Elle va nous voir et que va-t-elle croire ?"

Alors qu'il y avait déjà un certain temps que la famille ne pouvait plus faire attention à ce que pensait le patient.

- COMMENT SE PASSAIENT LES ENTRETIENS ?

Nous expliquions aux familles que nous les avions réunies pour essayer de mieux comprendre le patient en leur demandant comment il se comportait au sein de la famille avant sa "maladie" et comment celle-ci était apparue. Puis les autres entretiens se passaient sans plan pré-établi ; nous nous sommes aperçus que sous prétexte de venir prendre des nouvelles du malade, ils parlaient spontanément de la vie familiale comme ils l'avaient vécue en présence ou en l'absence du patient.

- Au cours des entretiens nous posions quelques questions nous permettant de déterminer la position sociale de chacun des membres ainsi que leurs antécédents personnels, lorsqu'ils introduisaient la possibilité de telles questions. Nous avons préféré cette attitude à une attitude plus systématique car nous ne voulions pas aggraver la méfiance que nous avions perçu au cours des premiers entretiens. La famille se présentant très souvent avec une attitude de "quelqu'un qui va être jugé sur tout".

L E S C A S

... *M. G. âgée de 20 ANS*, hospitalisée pour la première fois pour "agitation psychomotrice avec expérience délirante". En rentrant de son travail en usine, M. ... raconte ainsi l'épisode délirant : "je suis rentrée en pleurant, en disant que je ne voulais pas devenir folle, ma mère a alors appelé le Médecin, je voulais dire à ma mère que je l'aimais beaucoup, je voulais lui faire comprendre que j'avais décidé de partir ce soir n'importe où, que cela n'était pas parce que je vais quelque part, que je vais coucher avec un homme ; j'ai dit à mon père que je voulais coucher avec lui, il m'a dit, je t'adore mais je ne peux pas, je le sais mais je sens qu'il le faut, que je saigne comme le Christ, pour faire voir au monde entier qu'il faut s'entendre, il m'a dit de me calmer, j'ai essayé mais je n'ai pas pu, alors j'ai fait l'amour avec le Christ, avec la croix, après j'ai eu l'impression que j'allais mourir, alors j'ai demandé à mon père de faire de la tisane car j'ai senti qu'il fallait que je sue, cela m'a pris à la gorge, cela a fait un noeud, j'avais la fièvre, j'avais le sang glacé, alors ils ont eu peur que je devienne folle, le Médecin m'a fait une piqûre ...".

Tout s'est passé comme si M. ... ayant ressenti un besoin de réassurance a essayé de le satisfaire au sein de sa famille : en demandant à son père de coucher avec elle. Devant le refus de celui-ci, accomplissement sur un mode mystique ; échec de cette tentative, et après un intense sentiment de proximité avec la mort, elle essaie de réintégrer le système familial en demandant ce qui est permis "une tisane" ; mais devant l'incapacité de la famille pour lui donner des éléments sécurisants, M. ... perd le contact avec le réel et vit sur le mode régressif autistique hallucinatoire ; mode d'être qu'elle a gardé les premiers jours de l'hospitalisation. Puis M. ... a repris avec l'entourage un certain mode de relation qu'elle avait avec ses parents avant "la crise" ; celui d'enfant docile, mais avec une forte note d'automatisme, perte de toute spontanéité, comme si tout s'était figé sur un mode de soumission au système familial.

COMPOSITION DE LA FAMILLE -

PERE : manoeuvre, issue d'un milieu citadin, parents divorcés alors qu'il avait 3 ans, sa mère l'aurait couvé,"elle a gâché la vie de mon mari" nous dira Madame G. ..., rôle très effacé dans la famille.

Convoqué plusieurs fois ne viendra jamais seul, toujours accompagné par sa femme, refusant tout entretien seul, répond toujours la même phrase : "je ne peux vous dire que ce que ma femme vous a dit ; seule phrase qu'il dira : "je ne comprends pas, M... était une enfant sans problème, d'ailleurs tout le

monde vous le dira ...".

LA MERE : issue d'un milieu rural, "élevée tambour battant", il fallait se débrouiller à la maison c'est moi qui m'occupe de tout, mon mari le pauvre, il ne fait pas grand chose, on s'entend bien, les seules disputes, c'est à cause des enfants. J'ai toujours élevé mes enfants dans le droit chemin ; nous avons tout fait pour leur donner le bon exemple, je leur disais toujours, "il ne faut pas faire des choses qui offensent Dieu ...".

LES ENFANTS : sept, M. ... est la cinquième, elle s'entend très bien avec sa soeur qui la précède dans la fratrie et que nous avons vu "ma soeur n'est pas malade, tout ce qu'elle dit est sensé ; c'est elle qui s'est mis dans la tête qu'elle allait devenir folle, j'ai pensé qu'elle avait peut être pris de la drogue ; depuis qu'elle est ici, elle n'est plus comme avant, elle nous parle beaucoup moins, il faut qu'elle revienne, elle fera ce qu'elle voudra, on parle beaucoup d'elle depuis qu'elle est partie".

Nous avons eu plusieurs entretiens avec la mère accompagnée d'un de ses enfants (parlant peu) ou de son mari, le Samedi. Nous l'avons interrogée sur les circonstances de découverte et sur ce qu'lle pensait de l'état de sa fille : "nous avons vu que M. ... était malade le soir de sa "crise", mais c'est qu'elle a subi une mauvaise influence, je pense à une Marocaine qui travaille avec elle et qui lui a mis des idées dans la tête, qui l'ont détraquée, elle voulait faire sa vie à vingt ans, comme je lui ai dit, tant que tu seras chez nous, tu seras propre ; peut-être ai-je été un peu sévère, mais comment voulez-vous qu'une mère de famille réagisse quand sa fille lui dit qu'elle veut se faire entretenir par un homme. Il y a aussi le vinaigre pour

se faire maigrir qu'lle a pris et puis elle est amoureuse du Médecin et il a voulu la voir seule ; tout cela lui a mis des idées baroques dans la tête ...".

A un autre entretien qu'elle demande elle-même, Madame B. ... parle des difficultés que lui a causé son mari, il aurait fait une dépression alors que M. ... avait quatre ans : "il a fallu que je lutte, que j'ai de la volonté, je l'ai soigné moi-même ...".

Devant une légère amélioration du comportement de M. ... tous les entretiens que nous avons eus étaient centrés sur les critiques des soins donnés à M. ... "elle n'est pas mieux, elle a maigri, elle mange mal, on lui met des idées dans la tête, elle doit rentrer à la maison, son père n'en dort plus, je viens tous les jours car je ne peux pas rester un jour sans savoir comment elle est : on nous reproche de l'avoir amenée ici ...".

M. ... subit l'influence familial, adopte une attitude figée, réclame de façon stéréotypée sa sortie "ils souffrent à cause de moi, je veux leur montrer que je les aime ...".

La famille sort, contre notre avis, M. ...

Cependant la famille accepte de ramener régulièrement M. ... Les entretiens sont alors très stéréotypés, la mère laisse rarement M. ... s'exprimer, résume la vie de M. ... : "elle mange très bien, je lui fais faire la sieste, je lui donne des occupa-

tions ; je la couche à telle heure, etc ... j'ai toujours les yeux sur elle ...".

Cette famille constitue un véritable clan dirigé par la mère ; personne rigide, anxieuse, qui va imposer à la famille "une marque" qu'lle symbolise par ce qu'elle appelle le chemin droit. Ce clan vit assez isolé du groupe social.

M. ... par sa "crise" a refusé momentanément le système familial, remettant celui-ci en question, ainsi que les éléments du groupe. Elle est devenue une menace pour tous. Le premier acte de défense a été de l'éliminer par une hospitalisation. Après un moment de confusion déclenchée par l'angoisse de chacun, la famille s'est refermée sur son drame "on ne fait que parler d'elle". Devant le désarroi commun, chaque membre va essayer de rechercher une cause naturellement extérieure à la famille, puis recherche inconsciente de perturbations chez les autres membres. Puis l'hospitalisation, le traitement, seront jugés responsables de la difficulté de trouver un mode de relation que la famille veut identique à celui d'avant ; c'est-à-dire dans le cas de M. ... d'enfant docile incluse dans le clan. Incapacité pour la famille de retrouver un objet médiateur nouveau qui permettrait la relation.

M. ... réagira au désarroi familial en réfléchissant l'attitude de celle-ci à son égard, elle deviendra le prototype du clan, mais en caricature. La famille va alors essayer de réintégrer cet élément, la menace de rupture du groupe est de plus en plus grande "on a besoin d'elle, mon mari n'en dort plus, ...". La famille va essayer d'établir un compromis pour retrouver un pseudo-équilibre.

A. M. K. ... jeune fille de I7 ANS, hospitalisée pour une bouffée délirante. Elle a été amenée à l'Hôpital par son père, sans Certificat Médical : "elle crie, les voisins se plaignent, elle a des idées bizarres, elle parle de fluide sur l'estomac, elle s'enferme dans sa chambre ..." ; puis la famille n'est jamais venue la voir spontanément.

CETTE FAMILLE SE COMPOSE :

PERE : d'origine Polonaise

Travaille de façon intermittente depuis un an, car il va faire des séjours fréquents dans sa famille en Allemagne sans avertir sa femme, il disparait ainsi du groupe familial ; groupe familial qu'il semble diriger.

Il n'aurait aucune affection pour A.M. ... alors que celle-ci l'aimerait beaucoup.

MERE : personne très soumise ; accepte tout de son mari

Employée de maison, rentre tard le soir,

s'occupe moins du foyer que son mari.

QUATRE FRERES ET SOEURS : ne s'entendent pas avec A.M. ... serait trop autoritaire. A.M. ... est l'aînée et jour son rôle d'aînée.

ENTRETIEN AVEC LES PARENTS : c'est le père qui prend la parole, explique ainsi la maladie de sa fille : "toute sa maladie se résume à un manque de discipline, elle est comme une enfant de trois ans, elle dit les mêmes bêtises, je ne sais où elle allait les chercher à son âge ; je lui disais, il faut de la discipline dans la vie, on ne pourrait pas profiter qu'lle soit ici pour essayer de la discipliner pour apprendre un métier ...".

ENTRETIEN AVEC LA MERE : elle nous parla de l'attitude du mari "au début de ses troubles, il a cru qu'elle faisant la comédie, il la battait, quand il a vu que cela ne faisait rien, alors il l'a amenée ici sans m'avertir ; moi je pense qu'elle a reçu un choc, mais je n'ose pas vous en parler ... elle a connu un garçon, il lui a fait des propositions et même plus, elle est revenue bouleversée, sur le moment je n'ai pas fait attention, mais après elle a dit des choses incroyables, je crois que tout vient de là, je pensais qu'elle allait devenir idiote et le rester ... avant, cela allait, elle faisait tout à la maison ...

Durant plusieurs entretiens la famille constatant une amélioration nous demandait : "maintenant qu'elle va, vous ne pouvez pas lui apprendre un métier ... on lui chercherait quelque chose, elle pourrait alors sortir ...".

C'est une famille dominée par le père, instable,

disciplinant les siens, devant l'échec de ses méthodes, l'élément familial perturbé est exclu, celui-ci ne réintégrera le milieu que s'il rentre dans le système social qui implique un métier, de la discipline, comme le veut le père. Pour la mère, elle a reçu un choc, la cause est extérieure à la famille, pour elle aussi, elle ne pourra revenir que si elle reprend le système familial. A.M. ... ne peut pour eux exister en dehors du système familial, bien que le père l'ait exclue du groupe ; pour la famille c'est elle qui a rompu par "ses idées bizarres". Pour eux "notre devoir est de la remettre dans le circuit désiré par la famille". Par une fois dans les entretiens, la famille a pu admettre l'idée qu'il y avait peut-être une autre manière d'envisager sa "vie". Pour eux, elle fait toujours partie de leurs désirs ; et ce sont ceux-là que nous devons considérer pour eux. Ils ne nous écouteront même pas lorsque nous essaierons de leur exposer la façon d'être de A.M. ... De plus, ils n'ont jamais pensé que A.M. ... pouvait désirer vivre ailleurs que dans sa famille.

M. L. ... jeune femme âgée de I7 ANS, hospitalisée pour psychose puerperale à type de confusion avec thèmes délirants de persécution. Cet épisode psychotique s'est produit huit jours après accouchement ; accouchement qui a eu lieu le jour de son mariage. Jusque là elle vivait avec sa famille.

FAMILLE QUI COMPREND :

PERE : ouvrier charpentier

Il semble débordé par sa nombreuse famille et les problèmes matériels qu'elle pose, il n'est jamais venu à l'Hôpital malgré nos Convocations.

MERE : personne très coquette, très volubile

Venue plusieurs fois spontanément, nullement inquiète de l'état de sa fille.

HUIT FRERES ET SOEURS : éparpillés, ne sont jamais venus.

LE MARI ouvrier agricole de trente ans

Désemparé est venu à l'admission puis n'est revenu que lorsqu'il a été convoqué.

ENTRETIEN AVEC LA MERE :

"J'étais avec elle à la Maternité lorsque cela s'est passé, elle m'a dit : j'ai mal à mon cerveau, je crois qu'il va éclater et là, elle a commencé à dire des choses peu cohérentes (que la mère ne peut nous répéter) mais c'est parce que la femme de l'employeur de son mari est venue la voir et elle l'a secouée lui disant qu'il ne fallait pas se laisser aller, qu'il fallait se lever, marcher. Le Médecin accoucheur m'a dit de la reprendre, que j'en avais élevé sept et que je pourrais m'en occuper. Mais son mari est venu la chercher chez nous, elle est partie avec lui dans une maison qu'elle ne connaissait pas, avec des gens étrangers, tout cela l'a bouleversée et je pense que cela lui a fait du mal ; c'est les nerfs qui ont craqués. Je peux la reprendre si vous le voulez, bien sûr à son mari cela ne lui conviendra pas, mais chez nous elle se remettra vite".

Chez elle, sa mère la décrit : "c'était un ange, d'ailleurs je l'ai appelée Marie-Ange pour cela ..." cependant nous apprenons au cours d'autres entretiens que M. aurait été une enfant fragile ayant des crises de nerfs, mais : "c'était dû aux vers et n'avait rien à voir avec l'état actuel" ; de plus, elle avait quelque difficulté pour quitter ses parents, de ce fait ne restait pas longtemps chez le même employeur ; lors de sa grossesse, n'a pas averti ses parents ; ceux-ci s'en sont aperçus à sept mois ;

"vous savez, nous dit la mère, elle est tellement effacée que je ne m'en étais pas aperçue, c'est sa soeur qui m'a fait remarquer que M. ... était grosse, mais elle ne voulait pas se marier de suite, bien que le garçon le désirait, elle préférait rester avec nous, c'était peut-être elle qui avait raison, nous, on préférait que le garçon répare puisqu'il le voulait, maintenant je ne sais plus si elle doit retourner avec lui après ce qui lui est arrivé à cause de tout çà".

LE MARI : Durant le premier entretien, désemparé, ne pouvait expliquer ce qui c'était passé exactement : "elle était avec sa mère, ce sont des gens un peu drôles, ils pensent souvent que les autres leur en veulent ; c'est peut-être sa mère qui lui a mis ces idées dans la tête, moi je ne sais plus, je ne savais même pas que c'était l'époque de l'accouchement, je me suis marié pour réussir un foyer et voilà avec ma soeur on a été à l'Assistance Publique : je ne voudrais pas que la gosse connaisse la même chose ...". Il ne reviendra que lorsque nous le convoquerons, nous apprenons qu'il a réorganisé sa vie comme si l'état de sa femme était définitif : "ma soeur élèvera l'enfant, comme cela elle restera avec moi ; je travaille assez pour nourrir ma soeur ...". D'ailleurs cette dernière téléphonera pour nous demander des nouvelles, et elle ajoutera "bien sûr cela ne peut aller mieux puisqu'elle est folle n'est-ce pas ? ", alors que l'Infirmier lui annonçait une amélioration. Tout se passait comme si elle voulait une confirmation de la "folie" de sa belle-soeur. Elle n'écoutait même pas ce que l'Infirmier lui disait. Pour elle sa belle-soeur hospitalisée à l'Hôpital Picon était perdue pour la famille. Elle ne pouvait prendre sa place ; ceci a certainement, été en partie, l'explication de l'abandon du mari.

Le mari resta très sceptique lorsque nous lui avons demandé de venir voir sa femme régulièrement avec l'enfant, il n'osa pas nous le dire, mais son attitude était très significative : "à quoi cela va-t-il servir ? ", cependant il accepta.

La malade, après la phase de confusion, réclama sa famille en premier ; appelait son mari Monsieur, voulait le donner à une Infirmière, ne parlait pas de son bébé, remise en présence, elle ne manifesta aucun sentiment vis à vis de son mari et de son bébé. Le mari était prêt alors à interrompre les visites "puisqu'elle préfère ses parents, je garde l'enfant" ; nous avons dû assister aux visites, jouait avec l'enfant, parlait au mari, etc ... petit à petit une relation affectueuse s'est créée entre les éléments, les visites se sont poursuivies sans nous. A ce moment là la mère est revenue spontanément nous voir "vous avez vu comme M. ... va mieux, je fais tout pour qu'elle revienne avec son mari, c'est moi qui lui ai dit "ta place est auprès de ton mari, nous serons toujours là pour t'aider".

Dans ce cas encore nous voyons l'étiologie de l'épisode, que l'on ne nomme pas, rejeté sur des "étrangers". Dans la famille "la vraie pour la mère" tout était parfait, cependant il y a quelques petits détails sans importance ... ! La guérison ne peut se faire en dehors de la famille, si elle se fait, cela ne sera que grâce à l'intervention bénéfique de la mère. Celle-ci accepte alors que sa fille choisisse un autre système que le système familial parce que c'est elle qui croit l'avoir déterminée à le faire. Nous avions les éléments de cet autre système ce qui a facilité la réintégration.

N. D. ... est une jeune fille de I8 ANS, hospitalisée pour un syndrome schizophrènique.

SA FAMILLE COMPREND :

LA MERE, le PERE a quitté le domicile alors que N. ... était bébé, ne l'a jamais revu, un FRERE hospitalisé lui aussi pour état dépressif atypique !

La mère ne vient jamais voir sa fille, nous l'avons convoquée.

Personne très anxieuse, appréhendant l'entretien, assise sur le bord de la chaise, le regard tragique de quelqu'un qui s'attend à être critiqué : "vous vouliez me voir pour m'apprendre quelque chose de grave sur N. ..., pour me connaître mais je ne sais pas comment cela est arrivé, vous savez mon mari m'a abandonnée alors que les enfants étaient petits, je ne l'ai jamais revu ; j'ai travaillé beaucoup pour eux, comme employée de maison, cela n'était pas drôle pour une femme seule et avec des enfants. N. ... était une enfant sans problème, se fâchait pour la moindre contrariété mais c'était à cause de son frère, quand il est parti, j'ai cru que tout allait rentrer dans l'ordre, mais non elle a refusé de manger et de me parler alors voilà pourquoi j'ai demandé qu'on s'en occupe car

moi toute seule, avec mon travail et tous les soucis que j'aie, je n'en pouvais plus, cela n'est pas drôle pour une mère seule avec des enfants comme eux, pourtant j'ai tout fait pour eux ..., voyez je l'ai vue, elle a été méchante avec moi, maintenant je suis angoissée, je vais être obligée de revenir pour voir si elle va mieux, quand elle me reçoit bien je suis tranquille, alors je ne reviens pas car j'ai peur de la trouver mal ... ; vous ne pourriez pas lui apprendre un métier pour qu'elle se débrouille dans la vie .... Ah ! si j'avais eu un métier ..", n'est plus revenue, ni spontanément, ni convoquée.

La mère ne peut exister que parce que ses enfants sont placés dans une "maison", ou elle espère qu'ils sont biens (bien : c'est-à-dire bien nourris, et ou on va leur apprendre un métier), ce que N. ... est réellement ne l'intéresse pas. C'est son angoisse ou son absence d'angoisse qui va dicter ses relations avec sa fille. Elle préfère ne pas venir la voir que de risquer d'être angoissée. Sa culpabilité s'atténue lorsqu'elle est loin de cette fille qui semble l'accuser; par son échec "ne pas être comme les autres ..." si au moins elle avait un métier. Elle a peur que sa fille ou que nous, lui demandions de l'aider, car elle ne peut plus rien faire, elle a déjà tout fait. Tout va être consacré à sa propre protection, elle qui est seule avec des enfants comme çà, qui ne sont plus à elle puisqu'ils ont choisi la "folie", ils sont à nous ...

Madame D. ... avait été hospitalisée pour une agitation psycho-motrice. *Cette personne âgée de 40 ANS* présentait des idées délirantes de persécution de type interprétatif qui semblaient dater de longtemps. Seule l'agitation avait poussé la famille à demander l'hospitalisation.

LA FAMILLE ETAIT COMPOSEE :

DU MARI qui travaillait dans la grande propriété vinicole de son père. Le père dirigeait tout, c'est lui qui distribuait l'argent, et qui contrôlait les dépenses de Madame D. ... Fils très soumis, acceptait très bien cette situation. Viendra spontanément nous voir mais restera très évasif dans ses propos.

LES TROIS ENFANTS au Lycée ne semblaient poser aucun problème.

LES PARENTS DE Madame D. ... demandèrent un rendez-vous de toute urgence pour expliquer la situation.

LE MARI parla très peu, il a fallu plusieurs entretiens pour obtenir quelques précisions sur les relations familiales. Jusqu'à la crise de Madame D. ...

s'occupait très bien de sa maison, bien sûr elle préfèrait passer tout son temps avec sa volaille ..."elle ne pouvait pas supporter la télévision, mais on l'éteignait pour ne pas faire d'histoires, il lui arrivait de passer des nuits assise sur le lit, mais cela ne durait pas ; elle avait des syncopes chaque fois qu'elle avec ses règles ... cependant il insiste sur le fait qu'elle tenait bien sa maison, qu'elle faisait de la très bonne cuisine, qu'elle s'occupait assez bien des enfants, pour le reste on attendait que cela passe ; mais elle n'a jamais été comme lors de l'hospitalisation ..., d'ailleurs le Médecin qui est un ami a voulu l'hospitalisation ...".

LE PERE DE Monsieur D. ... véritable patriarche : "ma belle-fille a toujours été un peu bizarre, un jour elle me disait bonjour, le lendemain elle ne me regardait pas, elle aurait tout dépensé pour ses bêtes, elle dépensait tout l'argent qu'on lui donnait en une seule fois, autrement elle était très bien pour son ménage, elle faisait de bons gâteaux et semblait s'entendre très bien avec mon fils ...".

LES PARENTS de Madame D. ... : "nous nous sommes décidés à venir tout vous dire car ils ont osé mettre notre fille ici sans nous avertir, regardez ce qu'ils en ont fait (à ce moment là la mère montre une photo de Madame D. ... à l'âge de I8 ans), voilà ce qu'on leur a donné, c'était une fille splendide, gaie, une très bonne maîtresse de maison, jamais malade, c'est eux qui l'ont rendue comme vous l'avez vue, mais ils n'ont pas dû vous dire pourquoi elle est comme çà, le vieux, quel scandale ... notre fille n'était pas habituée à çà, il a une maîtresse dans le même village

et il a eu un fils du même âge que son fils, ma fille n'a pas pu le supporter, elle ne voulait pas le recevoir, mais elle était obligée de le faire car c'est lui qui a la bourse, elle ne fait jamais les courses, c'est le vieux qui les fait, et puis sa belle-mère l'a amenée chez un guérisseur qui lui a mis des idées dans la tête, depuis elle venait rarement nous voir, c'est à cause d'eux qu'elle est ici, ils auraient pu la faire soigner autrement, mais peut-être le vieux veut s en débarrasser, mais nous sommes là, mon mari leur a dit ce qu'il pensait ...".

Tant que Madame D. ... a assuré le rôle que la famille lui demandait, celle-ci a toléré ses idées bizarres (au fond des idées d'influence, de persécution), son comportement, seule la violence, les cris qui ont peut-être été entendus a provoqué son exclusion, exclusion que le mari semble avoir acceptée, plutôt que voulue,il rejette la responsabilité sur le Médecin, peut-être à défaut d'accuser son père (nous apprenons que le Médecin avait été choisi par le père, car c'est lui qui le payait).

Le beau-père pouvait excercer sur sa belle-fille toute son autorité et continuer à gérer affaires et gens, elle restait dans son domaine malgré ses bizarreries elle faisait marcher sa maison, cela était son seul rôle ; l'exclusion devait dépendre de lui, cependant il ne viendra que lorsque nous le convoquerons et une autre fois pour faire les démarches nécessaires pour que sa belle-fille vote (il se présentait). Les parents rejettent toute responsabilité sur cette famille qui a rendu leur fille "comme çà", alors qu'ils leur avaient donné une fille splendide (physiquement selon eux), de plus personne ne leur a demandé leur avis sur l'hospitalisation. Ils se sentent atteintsdirectement par cette décision et agissent

comme s'ils voulaient se justifier. Leur fille leur appartient au même titre qu'un objet qu'ils avaient bien sûr donné, mais qu'on n'avait pas le droit d'abimer ... Personne ne nous demandera ce que Madame D. ... avait exactement si elle resterait longtemps hospitalisée, etc ...

Après une amélioration et selon le désir de la malade, nous avons revu la famille pour envisager une sortie de week-end, celle-ci était très étonnée, elle semblait s'être résignée a avoir un élément hospitalisé, la famille s'était réorganisée et comme les affaires marchaient ...! La sortie a été décevante pour la malade "ils ne me laissent rien faire, ils disent que je suis malade et qu'il faut que je me repose ... La malade ressentait avec inquiétude cette perte de rôle familial.

A cette malade peut s'appliquer la phrase de COOPER : "Si quelqu'un doit devenir fou, la seule tactique qu'il lui faille apprendre, dans notre société, est celle de la DISCRETION ...".

Madame C. ... maniaco-dépressive est hospitalisée régulièrement depuis dix ans. *C'est une personne âgée de 50 ANS* qui vit avec son mari et qui n'a jamais eu d'enfant.

LE MARI est employé dans une Imprimerie, consacre tout son temps de libre aux "soins de sa femme", il dira "je n'ai plus qu'elle, il faut que je me la conserve". Il viendra spontanément nous voir et aura tendance à venir très souvent pour nous décrire ce qu'il a remarqué sur l'état de sa femme au cours de ses visites quotidiennes : "vous savez je la connais tellement que le moindre signe m'alerte".

Durant toute la durée de l'hospitalisation de Madame D. ... il multipliera les contacts avec l'équipe soignante, ne posera aucune question sur l'évolution de l'épisode psychotique de sa femme "il la connait, c'est la répétition de ce qu'il a vécu depuis plusieurs années", il donnera surtout des conseils sur l'attitude à avoir avec sa femme, car lui seul a l'expérience de cet état, il surveillera étroitement toute modification de traitement, le régime alimentaire, apportera lui-même des suppléments qu'il juge indispensable pour le fonctionnement intestinal de la malade. Nous apprendrons par lui-même, qu'à une certaine phase de l'évolution de l'accès, il coupe une mèche de cheveux pour l'apporter à un guérisseur qui accélère le

processus vers la guérison. "Il faut tout essayer, chaque fois elle s'en sort, grâce aux médicaments et surtout à tout ce que je fais pour elle", c'est normal je n'ai plus qu'elle (phrase qui revient très souvent dans les entretiens).

Ainsi durant toute l'hospitalisation Monsieur C. ... s'intégrera à l'équipe soignante "les soins ne pouvant agir que s'il y participe".

Entre les hospitalisations Monsieur C. ... excera une surveillance minutieuse du comportement de sa femme, changera fréquemment d'horaire de travail selon l'état de celle-ci, notera tout sur un carnet qu'il nous lira lors des entretiens. Ainsi toute sa vie est centrée sur l'ETAT de sa femme, aucune décision ne pourra être prise en dehors de cette donnée.

Lors des rechutes Monsieur C. ... ne cesse de se reprocher un manque de surveillance "je n'ai pas fait attention à ce détail (toujours très minime), j'aurais dû y penser et augmenter tel médicament ...".

Madame C. ... très passive, dépendante, joue "son rôle d'objet en puissance de rechute", elle revit lors des épisodes maniaques qui sont d'ailleurs

en majorité. Monsieur C. ... le déplorera et dira "Je la préfère un peu ralentie ...". Elle est bien devenue "la maladie" sur laquelle s'est structurée la vie du couple.

Avant la maladie la vie du couple semble ne pas avoir existé. Monsieur C. ... très prolixe sur l'état actuel, se montre très évasif "vous savez il y a tellement longtemps qu'elle est malade ..." ceci est dit sans aucun regret. Madame C. ... donnera plus de détails : "J'ai été toujours très gaie, j'aimais beaucoup plus m'amuser que mon mari, j'ai regretté de ne pas avoir eu d'enfant, mon mari ne m'en a jamais parlé, il m'a beaucoup entourée et gâtée ..." ; il y aura toujours un parallélisme entre son attitude et celle de son mari.

Dans cette famille la maladie mentale a orienté toute la dynamique relationnelle. La malade n'a plus qu'un rôle de malade, qu'elle soit chez elle ou à l'Hôpital, l'attitude de l'entourage sera la même, elle ne peut plus exister en dehors de sa maladie, et il semble bien que le partenaire ait trouvé dans cette forme de relation, une certaine satisfaction à des désirs profonds.

Madame S. ... est hospitalisée depuis un an pour un délire chronique avec appoint éthylique. De nombreuses sorties d'essais ont été tentées mais toutes ont été un échec. Elle était alors ramenée par son mari et ses enfants (déjà âgés), furieux contre l'équipe qui avait laissé sortir quelqu'un qui n'était pas guéri définitivement.

LE MARI ouvrier spécialisé, d'origine Marocaine, accepte difficilement les entretiens, ne comprend pas pourquoi nous voulons parler avec lui sur l'état de sa femme, avant ou après la maladie, car "avant tout allait bien, elle était une bonne mère, elle tenait bien sa maison, puis elle a été malade, elle parlait toute seule, et s'est mise à boire", nous devons en savoir autant que lui sur cet état puisque nous sommes des Médecins et que nous devons bien savoir la guérir sinon cela n'est pas la peine qu'elle revienne dans sa famille ; nous devons nous en occuper. Lui, se débrouillera pour sa famille. Effectivement, il reviendra très rarement et ne reprendra sa femme que si nous l'assurons d'une guérison totale et définitive. Nous apprenons qu'il a fait venir du Maroc une cousine qui s'occupe de sa maison, la malade est au courant par ses enfants. Ceux-ci pour la tranquiliser lui diront que tout marche très bien sans elle. Ce qui ne fera qu'aggraver

le sentiment d'exclusion que ressent la malade. La famille ne pourra remettre en question l'organisation du groupe en reprenant la malade qui, pour eux, ne pourra jamais assurer le même rôle familial qu'elle jouait avant la maladie.

Durant les sorties dans sa famille, Madame S. ... ne retrouve plus son "statut", personne ne s'adresse à elle comme étant "la mère" ou "l'épouse", elle est celle qui peut-être va encore ne pas se conformer au système du groupe ainsi reconstitué.

Tout se passe comme si la maladie avait oté définitivement son "statut" familial. Elle est donc regetée dans un autre groupe où toutes les relations sont centrées sur la maladie.

Madame M. ... a été hospitalisée plusieurs fois dans le Service pour des rechutes d'un syndro-schizophrénique.

C'est une jeune femme âgée de 30 ANS qui vit avec son mari et la mère de celui-ci. Ils ont un enfant de trois ans, gardé durant la journée par une nourrice, il rentre tous les soirs chez ses parents.

LE MARI Agent Technique, viendra spontanément nous voir, suit avec beaucoup d'attention le comportement quotidien de sa femme. Durant son absence, le rôle de surveillance est assuré par sa mère. "Ma femme a besoin d'être secondée en tout". Cela est rendu indispensable, non par manque d'initiative de la part de la malade, mais l'idée qu'a l'entourage sur l'influence de la fatigue dans les rechutes. "Il faut qu'elle se repose, qu'elle dorme beaucoup", ainsi la malade voit son rôle à l'intérieur de la maison très diminué, parfois identique à

celui qu'elle a lors des hospitalisations. Toute la vie du groupe a été réorganisée après la première hospitalisation sur le critère suivant "c'est une malade qui va revenir parmi nous". Pour cela le mari fera venir sa mère qui pourra ainsi assurer la fonction de maîtresse de maison, l'enfant sera placé en nourrice pour éviter qu'il fasse du bruit, le mari changera de travail pour être plus souvent à la maison, etc ... Chaque initiative de la malade sera immédiatement suivie d'un "laisse, tu vas te fatiguer". Ainsi la patiente ne peut échapper à la "condition d'être malade". Elle ne pourra se soustraire à la contrainte du groupe qu'en étant malade et encore lors d'une certaine manifestation. En effet le groupe familial tolére très bien son apragmatisme, même lorsqu'il est très profond, mais la confie à l'hôpital au moindre propos incohérent "elle va délirer" et cela ne correspond plus au système du groupe.

Durant les hospitalisations la vie du groupe sera inchangée, le mari poursuivra son rôle de surveillance en venant tous les jours, mais son attitude très protectrice cachera une inquiétude devant l'évasion de sa femme par le délire. Il multipliera les entretiens, accusera les médicaments, comparera cette hospitalisation avec les autres, la trouvera toujours plus grave, alors que les mêmes thèmes délirants reviennent. Tout se passe comme si sa propre "manière d'être" était menacée par le délire de sa femme. Dès que le délire s'atténuait, le mari demandait la sortie de la malade, bien que son rôle au sein du groupe soit très réduit, il semble qu'elle occupe une position indispensable pour que chaque membre joue un rôle bien déterminé (rôle inconsciemment assumé et attaché aux moyens existants dans la famille pour la satisfaction des besoins de chacun).

D I S C U S S I O N

Chaque famille attend de ses membres un comportement déterminé, conforme aux habitudes du milieu culturel. Tout comportement qui ne correspond pas au système familial, crée au sein du groupe un climat conflictuel. Le contrôle du conflit est une dimension spéciale des relations de l'individu et de sa famille.

L'impuissance à trouver une solution effective, conduit à une rupture de l'équilibre et à une certaine pathologie "émotionnelle" ; pathologie qui se révèlera lors de la rupture de communication avec un membre de la famille devenu "malade mental".

Cet épisode de relation détériorée qui

précède la crise passe souvent au second plan. Pour les familles, tout se passe comme si, avant l'épisode psychotique, il n'y avait rien eu.

QUELLES SONT LES RELATIONS FAMILIALES AVANT L'ACCES PSYCHOTIQUE, QUI ENTRAÎNE L'HOSPITALISATION ?

Nous avons eu quelques difficultés pour reconstituer le climat relationnel familial pré-hospitalisation. Il est pourtant intéressant de connaître le système d'interrelation du groupe familial pour comprendre l'attitude de la famille, face à la maladie mentale et celle du patient, face à un nouveau groupe qui est celui du milieu hospitalier.

Après plusieurs entretiens avec les familles, il semble que le comportement du patient se soit détérioré progressivement.

Mais cela n'entraînait pas une remise en question de ce que la famille a déterminé comme cours, direction et type de comportement. Le patient assure (superficiellement certainement) son rôle. Le fonctionnement adéquat de la famille requiert que le rôle de chacun, soit maintenu pour que les pulsions de la famille soient accomplies. Les familles, dont un membre ne respecte pas ces données, voient leurs structures, leur fonctionnement devenir inadéquats. (Mais ce fonctionnement inadéquat de la famille peut aller de pair avec le fonctionnement inadéquat d'un membre et peut être responsable de ce dernier).

La famille essaiera dans un premier temps, tous les moyens pour rétablir le même stade relationnel antérieur.

Essais qui seront faits inconsciemment dès les premières difficultés, puisque le règlement des problèmes internes sont du domaine du groupe familial : ceci tant que le patient acceptera même superficiellement le système familial et ses contrôles. "Quelle est la famille qui n'a pas ses problèmes ?" est la phrase qui revient très souvent au cours des entretiens que nous orientons sur la relation prémaladie. Ces difficultés sont du domaine de la normalité et n'ont rien à voir pour les familles, avec "l'évènement maladie".

Le comportement du patient ne sera plus toléré lorsque celui-ci n'assurera plus le rôle nécessaire à l'équilibre du groupe familial. Tout se passe comme si le patient ne pouvait plus être en dehors de "son rôle" et en même temps rester au sein de la famille. L'exagération de ce comportement perturbé jusqu'à la caricature au moment de l'accès psychotique, amène la famille a confier cet élément aux "spécialistes des nerfs", seuls capables de s'en occuper.

RELATIONS FAMILIALES AU MOMENT DE L'EPISODE PSYCHOTIQUE :

Le malade mental apparaît à ce moment là comme un étranger à sa famille. Mais avec un étranger il y a possibilité d'une recherche d'un langage autre que verbal ; la possibilité de trouver un moyen de communication. Pour la famille, le patient est pire qu'un étranger car il n'existe pas de moyen de communication entre lui et les autres. L'au-

tre ne peut comprendre la signification de son discours. Le patient ne cherche pas à se faire comprendre, car "l'individu atteint de troubles psychotiques pense que les autres perçoivent ce qu'il veut communiquer" (NEWCOMB).

Le rôle qu'il pense jouer au sein du groupe ne permet plus la communication, car ce rôle ne correspond plus aux normes qui gouvernent les relations entre les différents rôles du groupe familial. N'ayant plus de communications avec autrui, il s'exclut du groupe. "Celui-ci réagit de façon réciproque à ce corps étranger en son sein, en le rejetant hors de lui, en l'internant dans un hôpital, ou même en le reléguant dans une cellule, complètant ainsi son isolement social par une mise à l'écart de toute sa personne. (A.M. ROCHEBLAVE SPENLE, "LA NOTION DE ROLE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE").

La peur devant ce membre devenu ainsi incompréhensif, irresponsable de ses actes et de ses paroles, pousse la famille à demander l'aide du Médecin. Aide qui n'est autre chose qu'une demande d'exclusion de ce membre. Mais c'est le Médecin qui en aura pris la responsabilité. "Notre Médecin nous a dit qu'on ne pouvait plus la garder", ce qui apaise en apparence la culpabilité du groupe. "On ne pourra pas lui reprocher de s'être débarrassé de ce membre devenu source de problèmes, qu'elle ne peut plus comprendre".

Angoisse de la famille devant l'évidence : le groupe n'a pas pu faire face à ce cas. La solidarité du groupe est remise en question ; la sécurité de chacun est menacé ; chacun doute de sa propre intégrité. De nombreuses réactions de défense vont se créer. Une réaction que nous avons trouvée dans tous les entretiens est la recherche d'une cause extérieure au groupe familial ou d'une

cause organique (mauvaise frêquentation, régime amaigrissant, accident, dysfonctionnement glandulaire, etc ...).

Dans le cas des membres mariés, pour les parents, le mari ou la famille du mari, en porte toute la responsabilité. Toutes ces causes permettent à chacun de se réassurer quant à sa propre santé mentale. De plus la famille croit donner au psychiatre les éléments indispensables que celui-ci n'aura pas besoin de chercher (à tort) dans la famille même. Inconsciemment la famille se sent accusée. Ceci contribue lors des premiers entretiens, à établir une certaine distance, parfois même un refus d'entretien, une précipitation à dire que tout était parfait auparavant.

Nous avons eu l'impression que l'élément malade était devenu "la chose" qui avait appartenu à la famille et qui dans l'immédiat ne pouvait plus faire partie du fait de sa folie. Ce n'était plus tel membre qui était malade mais tel membre devenu "folie". Tous les liens affectifs semblaient être détruits par tout ce que représente ce mot que la famille n'ose pas prononcer. Ceci se concrétise par l'absence de nomination : ma femme ou mon mari.

EN CONCLUSION : les premiers entretiens lors de l'hospitalisation sont caractérisés par la menace que fait peser sur le groupe "la folie" d'un membre, menace pour la famille qui s'avère n'être plus efficace, menace pour chacun lié biologiquement au malade, d'où besoin de réassurance par recherche d'étiologies extérieures au groupe, menace d'être

accusé, d'être responsable de ce qui arrive. Toute la pensée, tous les actes du groupe familial sont tournés vers ce moment qui a été vécu par chacun comme un drame provoquant une faille dans leur propre équilibre.

QUE DEVIENT LA FAMILLE APRES L'HOSPITALISATION ?

Le besoin de réassurance paraît dominer les interrelations familiales. Il ne nous a pas semblé que ce besoin soit résolu de la même façon par tous les membres. Chacun se pose en premier lieu le problème de l'autre. Très souvent dans les entretiens le parent parle des difficultés qu'il a eus avec un autre élément du groupe familial autre que le patient, comme si celui-ci portait une part de responsabilité de ce qui arrivait ... L'étiologie extérieure au groupe ne semble plus suffire. Exemple du premier cas exposé : "lors des premiers entretiens la mère de M. ... parlera des mauvaises fréquentations avec une Marocaine qui aurait mis des idées bizarres dans la tête de M. ... puis elle nous parlera spontanément des difficultés qu'elle a eues avec son mari qui lui aussi aurait eu des idées bizarres au cours d'une dépression alors que M. ... avait quatre ans "j'ai dû m'en occuper comme mes autres enfants". De leur côté les frères parleront du caractère anxieux de la mère, de l'alcoolisme du père, mais ajouteront-ils très vite, nous avons toujours étaient très bien dans notre famille. Mais dès que la famille se trouve réunie face à l'équipe soignante, elle reprend une cohésion relationnelle. Cohésion qui ne fait pas appel aux mêmes liens affectifs que nous trouvons dans les familles qui ont un membre atteint d'une maladie organique grave "dans certaines formes épouvantables de cancer ou de maladies entraînant des souffrances atroces, la famille garde la possibilité d'échange affectif qui ne lui paraissent pas modifier aus-

si gravement que par la maladie mentale", il arrive même que de telles épreuves resserent les liens et fassent réapparaître la vivacité des relations affectives qui tendaient à s'estomper. Devant beaucoup de malades mentaux, au contraire nous avons un sentiment d'étrangeté, de bizarrerie, provoquant tout à la fois, une gêne à reconnaître et à rencontrer la personne, et une crainte pour soi-même d'être entraîné dans un semblant trouble de la raison. DUCHENE : "Le malade mental et sa famille". C'est la folie qui atteint le sujet plutôt que le sujet lui-même qui est considéré, celle-ci ne l'écoute même pas puisque ce n'est pas lui qui existe. La peur et l'anxiété avec lesquelles la famille regarde ce parent en proie à la folie l'empêche de décrire correctement ce qui s'est passé au moment même de la "crise ; elle n'écoute même pas ce que l'équipe soignante peut lui dire pour la rassurer. Pour elle la folie est une atteinte irrémédiable de l'individu, celui-ci est perdu, il ne peut évoluer vers une amélioration. Cette position semble traduire la difficulté qu'a la famille pour trouver un mode de relation, un objet médiateur, un matériel qui supporte une réaction duelle. Pour la famille le malade est au-delà de tout apport humain "puisque tout ce que nous avons fait pour lui n'a rien fait". Il existe une sorte d'à priori sur ce que l'institution pourra faire, de plus que la famille.

La famille va ainsi adopter des attitudes différentes après l'hospitalisation.

- Soit le rejet effectif du malade avec essai de reconstituer l'équilibre familial sans le patient. Le rôle assumé auparavant par le malade est pris par un autre membre, Cas de Madame L. ... la soeur de son mari avait pris sa place, élevait l'enfant, aggravant la rupture. Devant la détérioration des liens affectifs entre le couple, le désespoir chez le mari avait fait place à une lassitude. Cependant après un certain délai le mari répondit à nos convocations et après plusieurs entretiens, il accepta de voir sa femme et même d'amener l'enfant. Dans certains cas l'isolement persiste "le malade est pour eux perdu, il fait partie du passé". La famille réagit comme si le retrouver était un trop grand danger pour son équilibre qu'elle essaie de reconstruire, danger qu'elle n'est peut-être plus capable d'affronter sans se détruire.

- La famille peut réagir à ce "stress" par un "marasme collectif". Chaque élément évolue vers sa propre pathologie, l'absence de cohésion ne peut plus assurer leur équilibre; chacun vivant séparément des autres par "peur du même désappointement" avec un autre élément du groupe familial. Tout se passe comme si les relations avec le malade et les autres membres de la famille ne pouvaient reprendre ; ils n'attendent plus d'aide du groupe familial, qui n'est plus capable de retrouver un système relationnel extérieur et intérieur. Chacun agit en fonction de la menace que représente ce groupe qui ne fait plus face aux problèmes de ses éléments.

- D'autres familles rétablissent un pseudo équilibre en centrant toute leur activité, leur pensée, sur le malade. "Ils vivent dans l'ombre du malade". Ces familles hantent

le Service, harcèlent l'Equipe pour savoir comment elle s'y prend avec le patient, questionnent celui-ci sur les entretiens que nous avons avec lui, donnent des conseils sur l'attitude à adopter. Tout se passe comme si elles craignaient l'amélioration du comportement du sujet, ce qui mettrait encore plus en relief l'inefficacité du groupe familial. Reconnaître une évolution favorable est pour elles reconnaître l'échec du groupe. Souvent l'annonce d'une amélioration n'est pas reconnue, parfois elle est acceptée lorsque la famille croit avoir eu une influence favorable sur cette évolution "elle va mieux, nous dira la mère d'une malade, car je suis là quand elle mange". Le refus va même plus loin, la famille essaie inconsciemment de détruire l'évolution favorable, car elle ne va pas dans le sens des normes permises par le système familial "vous lui mettez de drôles d'idées dans la tête, elle veut nous quitter alors que sa place est avec nous ...". Nous avons eu l'impression que ces familles ne pouvaient plus exister sans cet élément malade.

Peut-être pourrions nous revoir ces données, en fonction d'une dynamique bien particulière des relations familiales. Dynamique qui reposerait sur un désir fusionnel très important gouvernant tout le fonctionnement du groupe.

Ceci si nous considérons comme HOCHMAN dans "pour une psychiatrie communautaire" le malade comme "un manifeste qu'il faut relier au contenu pathologique latent de l'unité familiale toute entière, l'élément symptomatique d'un malaise plus diffus". Malaise que l'Auteur situe au niveau d'un postulat "fu-

sionnel" qu'il énonce ainsi "nous, membres de la famille, sommes tous identiques, pensons, sentons de même et sommes parfaitement transparents les uns aux autres". Le système familial fondé sur ce postulat interdit tous comportements (verbaux, agis et vie fantasmatique) qui peuvent le remettre en question et permet au contraire tous ceux qui le renforcent. Tout ce qui va "frustrer" ce désir fusionnel "va engendrer" l'angoisse de séparation et en particulier toute tentative de différenciation de la part d'un élément du groupe familial.

Dans la famille fusionnelle les relations sont toutes façonnées comme si le postulat existait c'est-à-dire comme si aucune différence n'existait entre les différents membres. C'est une négation permanente de la réalité, qui ne peut se faire qu'au prix d'un système très contraignant que subissent de façon inconsciente tous les éléments de la famille. La seule manière d'échapper à ce système est "la folie" ou la mort.

Au moment de l'épisode psychotique le postulat fusionnel est remis en question, c'est une sorte de prise de conscience de "l'angoisse de séparation". Le groupe va mettre en oeuvre tous les moyens de défense dont il dispose pour reconstituer l'unité familiale menacée. Nous avons ainsi envisagé le "rejet effectif du malade" et son abandon dans une institution : ce que HOCHMAN appelle "la forclusion du malade". Le malade est exclu du groupe, l'unité familiale va se reconstituer, le rôle du patient est joué par un autre membre du groupe ou par un membre extérieur à la famille. Tout se passerait comme si l'exclusion du malade permettait "au reste de la famille de fusionner en paix" en ignorant l'individualisation par la folie de cet élément "en construisant un cal solide en un point ou risquait s'écouler la substance familiale".

Cette forclusion peut être plus discrète, le malade est repris par la famille mais ne peut jouer aucun rôle. Nous avons surtout envisager cette réaction au sujet des malades plusieurs fois hospitalisés.

La deuxième réaction familiale que nous avons mentionnée sous le nom de marasme collectif, est peut-être le point de départ d'une restructuration de la famille en fonction de clans opposés les uns les autres (La Scission selon HOCHMAN). Pour éviter de prendre conscience d'une nouvelle individualisation de la part d'un autre membre de la famille, chacun évite l'autre et s'oppose comme son rigoureux contraire ; ainsi le postulat fusionnel n'est pas remis en question. "Il est enfermé dans un tabernacle", la famille garde une apparence d'unité.

Autre réaction : "les familles qui semblent vivre dans l'ombre du malade". Tout se passait comme si elles ne pouvaient pas admettre la différenciation de ce membre malade mais elles ne peuvent pas non plus admettre que la maladie ne soit pas responsable de cette individualisation ; elles retrouvent ainsi une fusion supplémentaire. Nous, normaux, par opposition à la folie. De plus si cet élément doit réintégrer le groupe, il ne peut le faire que si l'amélioration se fait selon les normes du système familial, c'est-à-dire en fonction de "la fusion".

Peut-être que cet élément malade occupait au sein du groupe une position bien déterminée, que HOCHMAN appelle "personnification", c'est-à-dire que le membre personnifie par son rôle une "partie de

l'autre".

Chacun s'attache à jouer le rôle qu'on veut lui faire jouer "comme pour mieux maintenir un lien pathologique mais un lien quand même, qui fait de chacun le prolongement de l'autre".

Les symptomes pathologiques permettent au malade de trouver la solution entre le postulat fusionnel et la réalité ; en effet par sa folie il échappe à la fusion donc il se différencie. Cependant pour la famille il est rassurant de constater que l'élément s'est différencié parce qu'il est "fou". Elle préfère fusionner dans "la normalité". Elle s'opposera à toute individualisation en dehors de la folie, le patient réintégrera la famille qu'en s'uniformisant à son système, il n'aura pas besoin d'être actif dans son rôle, il suffira que le reste de la "famille le personnifie" selon leurs propres désirs.

RELATIONS FAMILIALES APRES PLUSIEURS HOSPITALISATION.

Le patient apparaît très souvent au groupe familial comme ne pouvant plus jouer le "rôle" qu'il avait avant sa maladie. Il est réduit à un rôle automatique qui répond à la satisfaction de ses besoins physiologiques. Besoins qui semblent être pour la famille les seuls que le patient puisse avoir. Les relations s'apparentent un peu aux relations parents-nourrissons. En effet le nourrisson est du fait de sa constitution physiologique réduit à un rôle automatique (têter, dormir ...), dans le cas du malade mental, le physiologique semble être la seule partie de l'être

qui puisse être contrôlée par le système familial, et donc la seule à être prise en considération. Nous avons été frappés par le nombre des entretiens qui portaient sur les grandes fonctions physiologiques du patient et sur les déductions que la famille faisait alors sur l'évolution favorable ou défavorable.

Cependant le patient espère à chaque retour dans son milieu familial jouer un rôle, avoir un comportement reconnu, avoir des réponses ... or la réponse que donne le groupe est très souvent inadéquate car les messages émis par le patient ne sont pas perçus, pourquoi ?

Accepter de recevoir les messages, de les déchiffrer, c'est déjà accepter qu'il y a quelque chose à échanger. Mais ces messages ne font pas appel aux normes partagées par le groupe. Ce nouveau rôle que joue le patient suit des besoins personnels et non le besoin d'une communication avec autrui. De plus ce même rôle n'est même plus modelé au moi du sujet pour l'adapter aux normes de la réalité. Chaque membre voit peut-être surgir à travers ces brides de message des désirs qu'il refuse peut-être de considérer inconsciemment ; car cela serait remettre son propre rôle en question. Conflit inconsciemment perçu qui engendre l'angoisse et qui peut-être donne lieu à tous les moyens de réassurance que nous avons essayé d'étudier, et aussi à ces réorganisations familiales bien structurées que nous rencontrons dans les familles dont l'élément malade a été plusieurs fois hospitalisé. Le patient n'a qu'une position de malade, c'est-à-dire sans rôle selon les normes du groupe

auquel il appartient.

CONCLUSIONS

La famille a isolé l'élément pathologique dans une institution choisit par l'intermédiaire du médecin. Le diagnostic que la famille n'ose réclamer va consacrer celle-ci dans une sorte de "tare" qu'elle essaiera de conjurer de différentes manières :

- soit par le rejet effectif pour que soit conserver l'équilibre du groupe comme si le fait de l'avoir rayer du système familial suffisait à protéger le restant du groupe ;

- soit par l'éclatement de la famille, chacun pense ainsi échapper à la pathologie familiale en n'y faisant plus partie ;

- soit en vivant dans l'ombre du malade "pleurant leur mort-vivant, clamant leur peine" mais n'acceptant pas une amélioration du patient qui ne fasse pas appel à leur système.

EBAUCHE THERAPEUTIQUE

Face à plusieurs possibilités d'attitude thérapeutique :

- le retour au statu quo (ce que désire le plus les familles et ce qui est la cause de nombreuses rechutes)

- un changement survenant chez le malade tel que par exemple, pourrait le provoquer un remaniement important de la personnalité sous l'influence d'une cure psychanalitique en profondeur, sans entrer en relation avec l'entourage familial

- une modification de la famille qui devient sensibilisée à la maladie mentale, et dont les pensées, les actes, sont centrés sur la maladie (en particulier les aspects aigus et spectaculaires) et non sur les désirs propres de l'élément, celui-ci ne peut exister qu'étant malade,

nous pensons que dans un grand nombre de cas, nous avons intérêt à faire appel à une possibilité qui se présente sous deux aspects : aider le malade et la famille.

En effet la conduite thérapeutique face au malade hospitalisé doit tenir compte de plusieurs facteurs, qui nous semblent essentiels :

- le patient reproduit au sein du groupe thérapeutique les types des relations et les schémas d'interactions caractéristiques de sa famille

- les situations extérieures, du fait de la projection, sont perçues avec un certain degré de distorsion

- l'accès psychotique représente une sorte d'explosion "du moi" que l'on doit respecter et observer dans la mesure du possible.

Le but de l'attitude thérapeutique est d'aider le malade à faire la différence entre ses fantasmes et la "réalité extérieure", et en fonction de celle-ci de lui permettre de "reconstruire" ou de se "renouveller".

Nous ne pouvons le faire que si nous connaissons de façon précise cette "réalité extérieure", l'observation du groupe familial nous semble de ce fait indispensable. Observation qui va nous permettre de comprendre le comportement du patient ; comportement qui dépend du développement du malade au sein de la famille et des interactions actuelles du groupe.

Pour cela nous pensons que des réunions de groupe comprenant le thérapeute, les parents, le patient, doivent faire partie du programme thérapeutique. Cependant il nous semble que ceci doit se faire en deux temps. Dans un premier temps des entretiens avec les familles seules, semblent faciliter le deuxième temps (celui des entretiens, familles, patient, thérapeute). En effet ces réunions permettent à la famille de se familiariser avec l'équipe thérapeutique, surtout si elles se font de façon relativement spontanée, en profitant des visites des familles au patient. Ceci pour éviter la Convocation, qui nous a semblé être vécue par les parents, comme une demande d'explication d'une situation qu'ils ne comprenaient pas et qui les angoissait. Au cours de ces réunions, où le rôle du thérapeute consiste à écouter le discours familial, nous avons essayé de déterminer le système qui régit le fonctionnement du groupe, les relations actuelles entre les différents éléments face à la maladie mentale, le rôle qu'occupait le patient. Parallèlement le malade est suivi par la même équipe.

Dans un deuxième temps des entretiens avec le malade, la famille et le thérapeute, peuvent être envisagés, celui-ci pourra alors, en fonction de la "réalité" qu'il aura pu cerner, essayer d'interpréter certaines situations vécues par le groupe.

EN CONCLUSION, toute conduite thérapeutique face à un malade mental hospitalisé doit comprendre la recherche de la connaissance de son entourage, en particulier de la position qu'il occupait au sein du groupe, connaissance qui nous permettra de l'aider à se restructurer. Pour cela des entretiens, thérapeu-

te, famille, sont indispensables.

Mais cette vision thérapeutique ne doit pas rester incluse dans l'institution car elle risque de négliger un facteur important : "la famille dans son cadre naturel". Dans certains cas lorsque la phase aiguë de la maladie est passée, il est utile de soigner le patient dans sa famille, en utilisant toutes les potentialités thérapeutiques de ce groupe.

Nous avons vu au cours de cette étude que l'exclusion du malade et la perte de son rôle au sein de la famille étaient responsables de la chronicisation et des rechutes, tandis que les familles se refermaient sur leur pathologie, persistant à croire qu'aucun échange ne pouvait désormais se faire avec le malade en dehors du contexte institutionnel. Faire participer le contexte social à l'effort thérapeutique est indispensable pour que le patient puisse à nouveau "jouer un rôle" et ne pas rester exclu définitivement en ne pouvant avoir qu'un statut de "malade".

La psychiatrie de secteur en utilisant toutes les possibilités thérapeutiques de la communauté :

- évite d'isoler le "fou" de son contexte
- permet à celui-ci de retrouver une écoute thérapeutique qui lui fait défaut
- facilite la tolérance du milieu

- permet le dialogue entre famille-malade, malade-famille et famille-voisins (évitant ainsi la scission entre le malade et les normaux).

La possibilité d'hôpital de nuit et de jour rend plus facile la reprise du rôle professionnel et familial en permettant une certaine progression des initiatives du malade, de plus la famille y voit un plus grand facteur "de sécurité" (nous avons vu la crainte de reprendre le malade en pensant que tout pouvait se produire, et l'interdiction de toute initiative venant de celui-ci car tout peut être facteur de rechute).

La présence de dispensaire peut éviter l'hospitalisation dans certains cas. En effet la période qui précède la "crise" est une période de conflit, de tension croissant entre les éléments familiaux, chacun y répondant de façon inadéquate. Bien que n'attribuant pas à ces problèmes une notion de pathologie, le groupe perçoit l'inefficacité des moyens employés et viendra plus facilement se confier à l'équipe du Dispensaire qui n'est pas encore pour lui psychiatrisée. Ou bien, une telle famille, où tout va mal depuis quelque temps, sera signalée à l'Assistance Sociale de l'Equipe. Celle-ci verra alors chaque membre dans son contexte familial, pouvant améliorer les échanges inter-familiaux en servant d'objet médiateur, évitant ainsi la rupture totale.

CONCLUSION

Nous voyons l'utilité d'une psychothérapie insérée dans le réel quotidien faite par la même Equipe au sein de l'institution lorsque c'est nécessaire et dans les ensembles auxquels appartient le malade (famille, immeuble, etc ...).

C O N C L U S I O N S

Au cours d'entretiens avec des familles de psychotiques hospitalisés, nous avons essayé de déterminer les relations qui s'établissaient au sein du groupe familial.

Ces relations familiales semblent se caractériser :

- par l'utilisation de moyens de défense contre l'angoisse qu'engendre la différenciation par la folie d'un élément de la famille

- et par le maintien de l'unité familiale nécessaire à l'existence de chacun.

Il nous est apparu intéressant de noter la notion de famille fusionnelle donnée par HOCHMAN à ces familles de malades mentaux.

Avant l'accès psychotique les tentatives d'individualisation du patient sont encore dans le domaine du "permis familial" et ne remettent pas en question la fusion du groupe, ce qui fait dire aux familles que "tout allait bien avant".

Au moment de l'épisode psychotique, la menace d'une séparation et l'angoisse sont ressenties par chacun, car chacun vit "ce qu'il essayait de refouler, c'est-à-dire son "propre isolement". De plus chaque élément perçoit cet évènement comme irrémédiable, d'où ce besoin de réassurance permanent que nous retrouvons au cours des entretiens. Réassurance individuelle, puis réassurance du groupe. La première réaction est de rejeter cet élément qui apporte la preuve de la "différenciation", puis de le nier en tant qu'existant : ce n'est pas lui qui parle, c'est la maladie.

Après l'hospitalisation l'existence du groupe va se poser, chacun regard l'autre en tant "qu'autre" et non en tant "que sujet de la même famille", mais ceci ne fait qu'aggraver l'angoisse de séparation d'où reconstitution de l'unité familiale :

- par le rejet effectif du malade et son abandon

- par des scissions familiales internes pour éviter une nouvelle désillusion

- soit en vivant dans l'ombre du malade maintenant ainsi

ainsi la fusion.

En fonction de ces données nous avons essayé de déduire quelques considérations thérapeutiques. Les réunions parents, patient, thérapeute, sont indispensable pour comprendre "le mode d'être" du patient, et pour l'aider à différencier ses fantasmes de "la réalité extérieure". Mais dans un premier temps il semble intéressant de faire des réunions famille seule et thérapeute, réunions qui permettent à la famille d'exprimer ses craintes face à l'expérience qu'elle vient de vivre de façon brutale, et de trouver la réassurance nécessaire pour essayer de reconsidérer son existence en fonction de cet élément nouveau et non en dehors de lui.

En fonction de la possibilité qu'a la famille à "se remettre en question", les entretiens avec le patient, son groupe familial et le thérapeute, prendront toute leur valeur.

Mais cette attitude thérapeutique à l'intérieur de l'institution doit se continuer et parfois débuter dans le cadre naturel du patient. Soigner le malade à domicile avec la même assistance technique qu'à l'hôpital en utilisant tous les potentiels thérapeutiques de la famille permet de réduire et même de supprimer l'exclusion du patient de sa famille et de la communauté. L'Equipe soignante devient l'objet médiateur nécessaire à la reprise d'échange entre le malade et son entourage. La possibilité d'hôpital de jour ou de nuit permet au patient de retrouver un "rôle" et de reprendre des "initiatives", lui évitant non seulement le retour à la "conformité" familiale mais ainsi le statut de malade que trop souvent la

famille a tendance à lui donner.

La présence d'un Dispensaire au sein de "l'ensemble" permet à la famille de contacter plus facilement une Equipe qui l'aidera à résoudre des conflits avant la rupture totale entre les éléments du groupe.

Nous pourrions dire comme HOCHMAN :

"Il faut des gens pour les aider à être entendus et pour aider tous ceux qui les entourent à les comprendre et à se comprendre".

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

B I B L I O G R A P H I E

I. ALBERT R.S. - Stages of breakdown in relations ships and dynamies between the mental patient and his family.

Arch. Gen. Psychiat. I960, 3, 682-690.

2. ALIVISATOS G. - LYKETSOS G. - Ap preliminary report of a research concerning the attitude of the families of hospitalized mental patients.

Int. J. soc. Psychiat., Winter, I964, IO, 37-44.

3. BASTIDE R. - Sociologie des maladies mentales.

Paris. Flammarion I965.

4. BEC G. - BONNET H. - ROUSSEAU G. - Les rechutes après sortie de l'hôpital psychiatrique.

L'information Psychiatrique I959, 2, I29-I49.

5. BENNEY G. - PECK H.B. - The family as a factor in the rehabilitation of mentally ill.

Ment. Hyg. I963, 47, 372-379.

6. BIANCHI G. et RONCHI E. - Temps d'adaptation d'un groupe de familles ayant des membres atteints de maladie mentale, immigrées dans une grande ville et suivies pendant dix années.

Ann. Med. Psycho. I965, I23, 5, 770-77I.

7. BLUMENTHAL K. - Le problème sociologique du malade mental.

L'Hygiène mentale, I95I, I, I-I3.

8. BROWN G.W. - Measuring the impact of mental illness on the family.

Proceedings of the Royal Society of Medecine, I966 59, I8-20.

9. CLAUSEN J.A., and YRROW M.R. - Editors - The impact of mental illness on the family.

J. Social issues II 3-64, I955.

IO. COUDRAY P. - SERISE M. - FREOUR P. et DUPONT G. - Maladie mentale et vie familiale. Etude psycho-sociologique de 50 Cas.

Semaine Méd. I969, 45, I43-I5I.

II. DAVIS Dr - Family processes in mental illness.

Lancet, I964, I, 7336, 73I-734.

I2. DELAY J. - DENIKER P. - GREEN A. - Le milieu familial des schizophrènes.

Encéphale I957, 46, I89-232
I960, 49, I-22
I962, 5I, 5-73

I3. de PERROT - La famille du schizophrène âgé et du dément sénile face au malade - Essai d'étude comparée.

L'Encéphale I964, 53, 383-404.

I4. DOUSSINET P. - BUCHE (Melle) et RABANNEL M. - Le rejet du malade mental par ses proches, à propos de I2 Observations.

Ann. Med. Psychol. I968, I26, 460.

I5. DUBLINEAU G. - Sur certains aspects du schizophrène dans sa famille.

Rev. Neuropsychiat. inf. I960, I53-I59.

I6. DUCHENE H. - Le malade mental et sa famille.

L'Information Psychiatrique, I966, 7, 573-578.

I7. ELLIOT F. - MISCHER PM and NANCY WASCHER E. - BOSTON Ph. - On approach to the experimen-

tal study of family interaction schizophrenia.
Arch. Gen. Psychiatrie I966, Vol. I5-I.

I8. FAURE M. - Le malade mental et son entourage.
Revue "Présences" I960, 70, I5-26.

I9. FEDITO P. - Psychose et parenté.
Revue Critique Oct. I968, 57, 870-893.

20. GRAD J. - SAINSBURY P. - Mental illness and the family.
Lancet., I963, I/7280, 544-547.

2I. GRAD J. - SAINSBURY P. - Action des malades sur leur famille dans un Service Psychiatrique de contrôle et de soins communautaires - Etudes suivies de deux ans.
Brit. J. Psychiat. I968, II4, 265-278.

22. HOCHMAN J. - Pour une psychiatrie communautaire.
Editions du Seuil I97I, I Vol.

23. HOCHMAN J. - La psychothérapie familiale, une arme nouvelle pour le sociopsychiatre.
Information Psychiatrique I967, 7, II57-II70.

24. LAING R.D. - La politique de l'expérience (Essai).
Editions Stock I969.

25. LENNARD M.L. - BEAULIEU M.R. et EMBREY N.G. - Interaction dans les familles qui ont un enfant schizophrène.

Arch. Gen. Psychiat. I965, I2, I66-I83.

26. LEWIS V.S. - ZEICHNER A.M. - Impact of admission to a mental hospital on the patient's family.

Mental Hyg. I960, 44, 503-509.

27. MARTINANT de PRENEUF C. - Frères et soeurs face à la maladie mentale.

Thèse Lyon I967.

28. PELET J. - Problème de psychiatrie familiale.

Thèse Lyon I966.

29. POMME et GIRARD J. - Réflexions sur la rupture systématique des relations familles malades psychiques, à propos de 2 Cas particuliers.

Ann. Med. Psychol. I964, I22, 750-752.

30. POROT - L'enfant, les relations familiales.

PUF I963.

3I. "PRESENCES" Revue - Le malade mental.

I956, 54.

32. RAWNSLER K. - LOUDON J.G. - MILES M.L. - Attitudes of relatives to patients in mental hospitals.
Brit. J. Prev. Soc. Med. I962, I6, I-I5.

33. REPOND A. - Les réactions et les attitudes des familles envers leurs enfants infirmes ou anormaux.
Evol. Psychiat., I956, I, 3I7-350.

34. ROCHEBLAVE SPENLE M. - La notion de rôle en psychologie sociale.
PUF I969.

35. SCHULTE W. - Les réactions de l'entourage à certaines maladies psychiques.
Nervenarzt, I957, 28, 509-5I4.

36. SIVADON P. - MARKICH - VEIL C. - La probabilité de rechute après sortie de l'Hôpital Psychiatrique.
Information Psychiatrique I955, 9, 467-474.

37. SLATER V.L. - MILLEDGE E. - Family involement in mental illness.
Sth. Med. J. (Bghm Ala) I964, 57/3 302-305.

38. SPIEGEL JP. - BELL N.W. - The family of the psychiatric patient. In american handbook of psychiatry.
New-York, S. Arieti ED., I959, II3-I44 (Basic books).

39. WILLI J. = La schizophrénie dans son retentissement chez les parents (Etude des parents de I5 schizophrénes jeunes).

Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat., I962, 89, 426-463.

40. WOODBURY M. = Informations psychiatrique. L'Equipe Thérapeutique (Numéro Spécial) I966.

4I. YAGUE JG. = La rupture familiale comme problème psychologique.

Ann. Med. Psych., I960, II8, 390-39I.